

四川省人力资源和社会保障厅文件

川人社办发〔2017〕974号

四川省人力资源和社会保障厅 关于印发《四川省城乡居民基本医疗保险 经办规程》的通知

各市（州）人力资源和社会保障局：

为进一步规范、统一我省城乡居民基本医疗保险经办工作，提升各统筹地区城乡居民基本医疗保险经办管理水平，我厅制定《四川省城乡居民基本医疗保险经办规程》，现印发你们，请遵照执行。

四川省人力资源和社会保障厅

2017年12月6日



四川省城乡居民基本医疗保险经办规程

第一章 总 则

第一条 为做好全省城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）经办服务工作，统一规范各业务环节办理规则、流程和工作程序，提升城乡居民医保统筹管理水平，根据《社会保险法》等法律法规及相关规定，结合我省实际，制定本规程。

第二条 城乡居民医保经办工作应体现公平性、适应流动性与保证可持续性，充分考虑农村居民居住分散、社会管理薄弱等特点，坚持以人为本、简化流程、便捷高效、责权清晰、安全规范的原则，实现业务处理信息化、基金运行网络化、公共服务人性化、经办管理精确化。

第三条 本规程适用于四川省经办城乡居民医保的各级医保经办机构及街道（乡、镇）、社区（行政村）人力资源和社会保障公共服务平台（以下简称“人社基层服务平台”）。

第四条 本规程指导全省城乡居民医保业务经办管理工作，主要包括：参保登记、缴费管理、就医管理、医疗机构管理、费用结算与审核、基金管理、稽核与监督、档案权益管理、信息化管理和统计分析等。

第五条 城乡居民医保各项业务经办服务由各级经办机构、人社基层服务平台及卫计、民政、教育、残联等部门或各类学校（以下简称为“协办机构”）根据各自职责共同实施。

四川省医疗保险管理局负责指导和监督全省城乡居民医保经办管理服务工作，做好全省城乡居民医保基金预决算的指导工作，对各市（州）业务经办管理工作进行指导、督查、考核、评估。

各市（州）医保经办机构负责统一业务经办流程，负责与定点医疗机构、定点零售药店、商业保险公司（以下简称协议服务机构）服务协议（购买服务合同）的制定、管理，指导本市（州）城乡居民医保经办服务工作，负责本级管理的协议服务机构的管理和医保待遇审核支付、财务管理、稽核监督、统计分析、档案管理；组织开展相关政策培训和经办宣传工作，做好基金收支预决算管理以及各项业务经办工作考核。

各县（市、区）医保经办机构负责本地区城乡居民医保各业务环节的办理，指导、监督人社基层服务平台承担的城乡居民医保各项业务的办理，负责城乡居民医保参保基础信息的维护；负责归口本级的协议服务机构的管理和医保待遇审核支付、财务管理、稽核监督、统计分析、档案管理；组织开展城乡居民医保政策宣传、业务培训等工作。

人社基层服务平台负责对城乡居民医保参保登记的基本信息进行采集、录入、审核、汇总及上报；负责办理城乡居民基础信息变更和修改的上报工作；按照同级政府的相关规定组织并承担城乡居民医保缴费、异地就医登记备案、社会保障卡（医疗保险卡）的发放、挂失与补办等工作；负责向经办机构汇总上报各类统计报表；负责城乡居民医保政策和经办服务的宣传工作。

协办机构按规定负责办理城乡居民医保相关经办业务。

第二章 参保登记

第六条 按照国家对社会保障全覆盖和全民“病有所医”的要求，经办机构应根据统筹地区城乡居民医保制度建立全覆盖的参保登记工作机制，结合本地实际，积极推进线上和线下经办服务。

成年人：城乡居民原则上以家庭为单位参保，由本人或代理人携带有关证明材料（户口簿或身份证、临时居住证等），到户籍所在地（临时居住地）的居委会、村委会、人社服务基层平台办理参保登记，并选择缴费档次。也可以个人身份参保。

儿童、中小學生：儿童、中小學生根据统筹地区规定，可以在所在家庭以家庭为参保单位在户籍所在地（临时居住地）参保，或以就读幼儿园、学校集体参保，也可以个人身份参保。

在校大中专、职高、技校学生：由主管部门指定机构的专职、兼职人员统一进行收集、初审、记录、汇总和上报，统一到经办机构办理参保登记。

新生儿：新出生婴儿应在规定时间内（可选择产后30天、60天、90天）由监护人或代理人（父母、祖父母、外祖父母）携带户口簿、出生医学证明等有关证明材料，到人社基层服务平台或经办机构办理当年参保、缴费，当年享受城乡居民医保待遇。

特殊人群：特殊群体（民政优抚、低保、特困、重残人员、离休干部、革命伤残军人及其遗孀、低收入家庭成员、60岁以上老人等）参加城乡居民医保，应提供相关证明材料到协办机构、人社基层服务平台或经办机构办理审核确认后，办理参保登记。

第七条 为提高城乡医保全民参保登记信息的准确性，经办机构应与统筹地区公安部门建立信息沟通机制，获取城乡居民的相关个人信息（姓名、身份证号、性别、出生日期、户籍信息、联系电话、通讯地址、缴费档次等）进行比对，分类登记，分类管理。对各类特困（特殊）人员要进行标识。

第八条 参保人员因身份证号码、户籍所在地等基本信息发生变更时，应携带有关证件、材料及时到参保地的人社基层服务平台申请办理变更登记手续，由人社基层服务平台将变更信息传输到区（市、县）医保经办机构进行变更。

对从信息系统中筛查出来的重复参保人员，按照享受医疗保险待遇就高不就低的原则，确定相关参保制度进行信息变更登记。

第九条 医保经办机构或人社基层服务平台、医保协办机构负责组织为城乡居民医保参保人员发放社会保障卡或医疗保险卡。

第三章 缴费管理

第十条 城乡居民医保实行按年度缴费，原则上每年度9月1日至12月31日为次年缴费集中办理期（以下简称“缴费期”）。

第十一条 城乡居民基本医疗保险纳入统征的市（州），按当地统一征缴的有关规定办理。城乡居民在规定的缴费期内，持二代身份证或户口簿或社会保障卡通过以下方式进行缴费：

1. **参保人员通过协议银行缴费：**参保人在规定时限内持相关证件、资料直接到经办机构指定的协议银行，选择缴费档次办理缴费，并领取缴费凭证或社会保险基金专用票据。对于偏远地区，

经办机构可因地制宜借助新农保“四不出村”的缴费网络或利用行政村协议银行 POS 机服务点，办理缴费。参保人员只需将缴费凭证报送（传送）人社基层服务平台审核后传经办机构确认。有条件的市（州）可积极探索手机 APP、自助终端等通过协议银行网上扣款等方式完成网上缴费，缴费凭证或社会保险基金专用票据可由协议银行以电子商函寄送（传送）参保人员，人社基层服务平台审核后传经办机构确认。

2. 参保人通过基层代办点缴费：个人缴费因特殊原因必须由基层协办人员办理的，基层协办人员按规定代收本辖区城乡居民医保个人缴费，并为缴费人员提供缴费收据，填写相关缴费记录，将收到的资金核对清楚后（人账相符），按照规定到协议银行缴费，并将缴费信息、缴费总额、资金及缴费凭证报送（传送）人社基层服务平台核实后及时传送经办机构审核确认。

3. 在校学生通过学校统一缴费：各类学校在规定的缴费时间内将代收城乡居民医保参保学生的个人缴费部分，由协办人（政府部门、机构或学校的指定人）到协议银行统一办理缴费或以学校名义统一发放缴费通知，由协议银行代收参保学生的个人缴费部分，协办人收集汇总协议银行缴费凭证，并将缴费信息、缴费总额、资金及缴费凭证报送人社基层服务平台核实后及时传送经办机构审核确认。

4. 享受财政全额补助的个人缴费：符合个人不用缴费条件的城乡居民，必须将符合相关补贴政策的证明材料，报送（传送）人社基层服务平台核定并传送经办机构确认，由经办机构协调相

关部门，按照财政补助申领相关程序进行划转。

第十二条 经办机构对缴费信息和银行账户到账金额核对无误后，分别记载筹资金额、个人缴费金额、财政补助金额、民政补助金额及缴费时间，根据缴费档次确定参保人员相应医疗保险待遇。

第十三条 城乡居民医保参保人在规定的缴费期内未申报缴纳城乡医保费的，按当地有关规定办理。特殊人员（新生儿、刑满释放人员等）按照新参保人员进行缴费。

第十四条 城乡居民医保参保人已缴纳次年度城乡医保费，在进入待遇享受期前，因户口迁出、出国定居、死亡及就业等原因，可持相关材料到人社基层服务平台，申请办理城乡医保退费，由医保经办机构审核后办理退费手续，年度待遇享受期开始后，不再办理退费。

第十五条 经办机构按照财政补助申报程序和相关要求，按规定做好财政补助和结算工作。

第四章 就医管理

第十六条 城乡居民医保参保人就医实行实名制管理，即参保人持本人参保凭证（社会保障卡或医疗保险卡）到协议服务机构（所属基层医疗站点）就医。协议服务机构应核实就医参保人身份。

第十七条 参保人员按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的原则就近选择医疗机构就医。

第十八条 参保人门诊就医按照门诊统筹的相关办法执行门诊就医直接结算，并将一般诊疗费纳入城乡居民医保门诊统筹定额支付。

门诊特殊疾病（门诊大病，以下简称门特）参保人应在经办机构确定的门特协议服务机构就医，由具备资格的诊断医师按照诊断标准作出诊断，并在门特定点的医疗协议机构完成费用直接结算。

第十九条 为配合卫生部门推行双向转诊制度，参保人在统筹地区内协议服务机构需转诊转院的，应由首诊的协议服务机构提出转诊转院理由，将申请转院材料报送至经办机构确认后，方可转往其它协议服务机构进一步治疗。如遇紧急情况可先办理转院，但须在规定时限内补办转诊转院备案手续。

第二十条 参保人员因急诊抢救住院的，原则上可选择就近医疗机构就诊，不受定点医疗机构等规定限制，就医费用可按照参保地政策规定的相应等级医疗机构报销标准报销。

第二十一条 城乡居民基本医疗保险异地就医按照四川省基本医疗保险异地就医暂行管理办法执行。

第五章 费用结算与审核

第二十二条 参保人员在定点医疗机构因普通门诊、门特及住院（含生育）发生的医疗费用，在定点医疗机构直接结算，参保人员只需支付个人自付部分，基金支付部分由定点医疗机构向医保经办机构联网申报，或人工申报方式申报支付。参保居民在基

层医疗站点发生的医疗费用，由所属基层医疗站点向基层协议服务机构申报，再由基层协议服务机构按约定时间集中向经办机构进行申报支付。

第二十三条 经办机构根据城乡医保审核标准设定自动审核、人工审核规则，将协议服务机构上传（申报）的费用、项目逐条进行审核，确定可报销医疗费用。经办机构根据本地情况，探索有效控制医疗费用合理增长的激励约束机制，并根据服务协议确定的付费方式（对基层医疗机构以上的协议服务机构应采用总额控制下多种付费方式相结合的复合式付费结算方式）拨付基金应支付费用。

第二十四条 城乡居民医保参保人员在统筹区内定点医疗机构就医的，年度内住院合规的个人自付费用累计超过大病保险起付标准的，在医院端进行一站式结算，参保人员只需支付应由自己负担的费用，大病保险基金支付部分由协议服务机构按照协议约定审核后，与保险公司或经办机构进行清算。

第二十五条 异地备案参保人员在省内或省外发生的医疗费用，按照我省基本医疗保险异地就医相关规定实行异地联网直接结算；对未通过联网结算的，按照参保地当地相关规定办理。

第二十六条 医保经办机构应建立城乡居民医保大额医疗费用会审制度。对大额医疗费用可召集卫计、物价、医疗等相关部门相关专家、专业权威进行会审，对难以确定真实性的医疗费用进行联合审核，对异地发生的大额医疗费用，可采取委托就医地经办机构协查或直接进入就医地医疗机构实地核查的方式，对医疗费

用进行核实。

第六章 医疗机构管理

第二十七条 各统筹地区医保经办机构按照本地协议管理经办规程的要求，将符合条件的医疗机构纳入基本医疗保险协议管理范围，签订服务协议，并将有执业资格的医疗服务人员纳入协议管理范围。

第二十八条 各统筹地区经办机构根据《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》和《基本医疗保险总额控制经办规程》，按照总额控制的管理要求与工作程序，全面开展总额控制管理，在公开、公正、公平、科学、透明的原则下，充分发挥医保的基础性作用，建立健全与两定机构的公开平等的谈判协商机制，建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励约束和风险分担机制。在全面推行总额控制下的按人头付费、按病种付费、按项目付费等多种付费方式并存的多元复合式付费方式的基础上，积极探索按疾病诊断相关分组（DRGs）付费、按点数法付费的试点。

第二十九条 各统筹地区应不断完善医保服务协议内容，规范医保医疗服务行为。协议条款应明确双方的责任、权利和义务，涵盖服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、就医管理、目录管理、医疗费用结算管理、信息系统管理、监督管理及考核结果处理、违约责任、争议处理等内容。基层医疗服务机构所属服务站点（社区卫生站、村卫生室）及其医疗服务人员应一并纳入基层协议服务机构进行统一监管。

第三十条 医保经办机构通过建立实时监控系統，对协议服务

机构医疗服务人员的医疗服务行为、参保人员就医行为进行实时监控，对出现医疗费用异常、投诉较多的协议服务机构和协议管理范围的医疗服务人员、参保人员列入重点监控对象，对其申报医疗费用进行重点审核，防范套取医保基金。发现协议服务机构、协议管理范围的医疗服务人员、参保人存在违规情况，应按协议和《社会保险法》的有关规定处理。

第七章 基金管理

第三十一条 城乡居民基本医疗保险基金坚持收支平衡、略有结余的原则。

第三十二条 城乡居民基本医疗保险基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度，基金实行收付实现制。

第三十三条 城乡居民医保基金纳入统一的社会保险基金财政专户，实行“收支两条线”管理，基金分账核算，专户管理，任何单位和个人不得截留、挤占、挪用。

第三十四条 市（州）级医保经办机构按照相关要求和规定编报城乡居民基本医疗保险年度基金预算草案。由于客观因素（如征缴或待遇政策调整）造成执行与预算偏差较大的，要按规定及时编报基金预算调整方案。城乡居民基本医疗保险基金预算和预算调整方案应按统筹层次报同级人民代表大会审议。

第三十五条 年终各市（州）级医保经办机构按照规定的表式、时间和要求，编制城乡居民基本医疗保险年度基金决算报告，

在编制决算前，要认真核对各项收支情况，同开户银行和同级财政部门对账。基金决算报告包括资产负债表、收支表、有关附表以及财务情况说明书。城乡居民基本医疗保险基金决算报同级人民代表大会审议。

第八章 稽核与监督

第三十六条 根据《社会保险法》、《社会保险稽核办法》，经办机构按照年度稽核工作计划，应依法对城乡医保参保人员享受待遇情况和城乡医保协议服务机构履行协议情况进行核查。开展稽核工作时，可采取与协议服务机构直通信息网络实时监控的方式，或者实地核查、约谈问询、录音录像等稽核方式获取相关证据材料，并根据情况提出处理建议。

同时，经办机构应向同级政府报告城乡居民医保基金使用情况，并由政府定期向社会公告基金使用情况，接受社会监督。

第三十七条 经办机构应建立健全内部监督工作机制，明确内部监督部门（岗位），以加强内部管理的风险控制，各内设业务部门根据授权批准的范围、权限、程序、责任等严格行使职权和承担责任，经办人员在授权范围内办理业务。各项业务必须手续完备，业务凭证必须有经办人、复核人、审批人的签名，各部门、各岗位间业务上相互分离，各司其职，经办上要统筹兼顾，协同配合，管理上责权分开，相互监督。

第三十八条 统筹地区经办机构内部监督部门（岗位）应以加强风险控制为原则，采取检查核对、抽查、面询、网上监督等

方式，对医保经办机构内部职能部门、工作人员所从事的医保经办工作进行规范、监督和评价（例如对工作人员经办操作的合规性、准确性进行检查），防范经办风险。对于内部监督中发现的问题应提出整改意见，并跟踪监督落实情况。城乡医保内部监督内容包括：参保缴费监督（包括检查登记材料的真实性和完整性）、待遇支付监督（包括检查就医登记、待遇申报、待遇审核支付及协议管理的合规性）、财务监督（包括检查基金收入、支出凭证，会计账簿，核对账证是否相符）以及需要作为内部监督的其他内容。

第九章 档案权益管理

第三十九条 经办机构应按照《社会保险业务档案管理规定（试行）》（人社部令第3号）和部中心《社会保险业务档案管理规范》的要求，设立专门的档案管理部门和相应的档案管理人员，对本单位形成的业务材料做好收集、整理、立卷、归档、保管、鉴定、销毁、统计、利用和移交等工作，建立相应的管理制度，保证业务档案真实、完整、安全和有效。

第四十条 业务档案应由县级以上（含县级）社会保险经办机构集中保存，并对业务档案中记载的信息负有保密责任。业务档案同时存在纸质和电子两种载体形式，在内容、相关说明及描述上应保持一致。

经办机构应设置专门的档案库房，指定专职档案管理人员进行管理。

劳动保障站（所）负责本辖区内城乡居民参保登记原始资料

的归档立卷。

第四十一条。居民医保档案分为业务档案、财务档案及其他档案。

（一）业务档案包括社会保险管理类（g1）、社会保险费征缴类（zj）、医疗保险待遇类（yb）、社会保险业务统计报表类（tj）、社会保险稽核监管类参保登记（jh）等有关业务档案资料；

（二）会计档案包括会计凭证、会计账簿、资产负债表和基金收支表等会计报表、基金预决算等及其他会计资料；

（三）其他档案指与业务经办有关的文书档案（居民医保协议等），以及各项业务形成的电子档案等。

第四十二条 根据《社会保险个人权益记录管理办法》，经办机构应按照及时、完整、准确、安全、保密的原则，分别建立参保登记、缴纳费用、就医约定、待遇支付等个人权益信息数据库，做好个人权益信息的管理与维护，利用信息化手段，建立多形式、全方位的查询服务平台，通过代办机构或基层代办点的服务终端或者电话、网络、手机短信等方式，为城乡医保参保人提供方便、快捷的查询服务。必要时，按规定提供参保缴费、待遇享受等书面证明。

第十章 信息化管理

第四十三条 利用信息化技术，支撑城乡居民医保经办管理工作，确保城乡居民医保制度运行和功能拓展，城乡居民医保系统与参与经办服务的商业保险机构信息系统进行必要的信息交换和

数据共享时，应强化信息安全和患者信息隐私保护。不断提升经办管理工作信息化水平，确保参保人员就医、购药即时联网结算，提升医疗监管能力。

第四十四条 在确保信息安全的前提下，利用互联网、大数据等先进信息技术，紧紧围绕参保人员诉求，面向各类服务群体，构建人人享有便捷、高效的服务体系，不断提升医保经办机构服务能力。

第十一章 统计分析

第四十五条 医保经办机构建立统计工作制度，完善统计指标体系，遵照全面、真实、科学、审慎和及时的原则开展统计工作。应用医疗保险数据、社会经济数据，利用信息化手段和统计方法进行分析，结合联网数据，按季、年度开展主题分析。根据制度改革和实际工作需要，开展必要的统计调查。

第四十六条 医保经办机构应根据统计指标、统计分组和精算基础数据采集要求，定期整理、加工各类业务数据，并汇总相关信息，建立台账，以此作为编制统计报表和撰写分析报告的主要依据，实现数据来源的可追溯查询。统计指标和精算基础数据采集指标应根据政策变化及时调整完善。

第四十七条 医保经办机构应按照人社部《关于建立人力资源和社会保障统计报表制度的通知》和上级有关要求，做好定期统计和专项统计工作，认真收集统计数据，编制统计报表，做到内容完整，数据准确；严格审核，按程序汇总，及时上报。

第四十八条 加强数据比对分析，提高统计数据与基金数据、联网数据等同口径、同指标数据的一致性。

第四十九条 建立城乡医保运行分析制度。按照人社部《关于建立基本医疗保险运行分析制度的通知》要求，并按照基本医疗保险运行分析指标体系规定的各项分析指标做好参保人员结构分析，基金收入、支出、结余趋势分析，医疗费用支出结构趋势分析等，不断提高数据综合分析运用能力，定期对医疗保险运行情况进行分析评价，促进管理水平的不断提高。

第十二章 附则

第五十条 本规程由四川省医疗保险管理局负责解释。

第五十一条 本规程自印发之日起施行。

信息公开选项：主动公开

四川省人力资源和社会保障厅办公室

2017年12月6日印发